



Dislipemia

Dr. Ángel F. González Caamaño / Abril 2017

Clasificación, causas, estudios, riesgo y tratamiento

Dislipemia es cualquier alteración en los niveles normales de lípidos plasmáticos (principalmente colesterol y triglicéridos). La búsqueda activa de pacientes con hipercolesterolemia está justificada por su gran importancia como factor de riesgo cardiovascular (FRCV); en cambio la detección de hipertrigliceridemia se recomienda en diversos casos.¹ Recomendamos la siguiente clasificación simplificada de las hiperlipidemias por sus implicaciones de tratamiento:

- **Hipercolesterolemia límite:** colesterol total 200-249 mg/dl (5.17-6.45 mmol/l) y triglicéridos <150 mg/dl (1.69 mmol/l)
- **Hipercolesterolemia definida:** colesterol total >250 mg/dl (6.45 mmol/l) y triglicéridos <150 mg/dl (1.69 mmol/l). En prevención secundaria y en pacientes diabéticos hablamos de hipercolesterolemia definida para valores de colesterol >200 mg/dl (5.17 mmol/l).
- **Hipertrigliceridemia:** colesterol total <200 mg/dl (5.17 mmol/l) y triglicéridos >200 mg/dl (1.50 mmol/l). En prevención secundaria y en pacientes diabéticos hablamos de hipertrigliceridemia para valores >125 mg/dl (1.69 mmol/l).
- **Hiperlipidemia mixta:** colesterol total >200 mg/dl (5.17 mmol/l) y triglicéridos >200 mg/dl (2.26 mmol/l).

La asociación de concentraciones aumentadas de triglicéridos, abundancia anormal de partículas pequeñas y densas de LDL y disminución de las concentraciones de cHDL, se conoce como triada lipídica o dislipemia aterogénica. Situación que se asocia con frecuencia al síndrome metabólico.

<p>Detección de Hipercolesterolemia</p>	<p>A cualquier edad si: Diabetes y otras: situaciones de intolerancia a la glucosa², HTA², tabaquismo², obesidad abdominal (>102 cm. de cintura en hombres y >90 en mujeres)²; xantomas, xantelasmas, arco comeal en menores de 45 años, existencia de antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz² o hiperlipidemia .</p> <p>En población general, una determinación antes de los 35 años (varones) y 45 años (mujeres). Posteriormente cada 5 años hasta los 75 años, por encima de esta edad, hacer una determinación, si no se había hecho antes.</p>	<p>Todos los pacientes</p>
<p>Detección de Hipertrigliceridemia</p>	<p>Diabetes o intolerancia a la glucosa, HTA, obesidad abdominal (>102 cm. de cintura en hombres y >90 en mujeres), insuficiencia renal crónica, pancreatitis, hipercolesterolemia, xantomas, xantelasmas.</p>	<p>Todos los pacientes</p>
<p>(1) Enfermedad isquémica del corazón, enfermedad vascular cerebral o enfermedad vascular periférica. (2) En estos casos además de colesterol total, debe solicitarse cHDL y triglicéridos para calcular el cLDL.</p>		

Detección de dislipidemias.

La mayoría de los pacientes con cardiopatía isquémica presentan cifras de colesterol total entre 200 y 250 mg/dl (5.17-6.45 mmol/l), por lo que el límite de 250

mg/dl (6.45 mmol/l), es el indicado para hablar de hipercolesterolemia definida en prevención primaria se justifica en razones de coste /efectividad, ya que, al ser la aterosclerosis un padecimiento inflamatorio de origen multifactorial en el cuál en un principio se asocian múltiples FRCV, el riesgo que confiere cualquier nivel sanguíneo de colesterol va a depender también de la coexistencia de aquellos, por eso, lo realmente importante en un paciente con hipercolesterolemia es el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV), de hecho en las últimas guías publicadas ya no se hace referencia a concentraciones límite para la definición de la hipercolesterolemia con la idea de reforzar, en el clínico, este hecho capital. Para la valoración del RCV del paciente debemos considerar los siguientes FRCV mayores:

- Edad y sexo.
- Historia familiar, en parientes de primer grado, de enfermedad cardiovascular prematura: menos de 55 años en el varón, menos de 65 años en la mujer.
- Consumo de tabaco. Hipertensión arterial.
- Elevación de colesterol total (o cLDL). Descenso de cHDL.
- Diabetes mellitus.

Hipercolesterolemia Familiar	Se recomiendan emplear los criterios MedPed (OMS) y que utiliza la Fundación Hipercolesterolemia Familiar.
Hiperlipidemia Familiar Combinada	Suele aparecer después de los 20 años, cursando con elevaciones variables de Colesterol Total (250-350 mg/dl; 6.5-9 mmol/l) y triglicéridos (150-500 mg/dl – 1.7-5.7 mmol/l); fenotipo cambiante en el tiempo tanto en el paciente como en los familiares de primer grado (50% afectados). Es habitual que se asocian a sobrepeso, hipertransaminasemia por esteatosis hepática, hiperglucemia, hiperuricemia y cHDL bajo, cumpliendo criterios de Sd metabólico con frecuencia. Los xantomas, xantelasmas y arco corneal son raros. Es típica la elevación de la ApoB (por encima de 130 mg/dl) lo que la diferencia de la hipertriglicidemia familiar, aunque no está universalmente aceptado este punto de corte para el diagnóstico. Se está empezando a trabajar con una tabla de diagnóstico clínico que puede ser de ayuda en la consulta.
Disbetalipoproteinemia	Tienen un fenotipo ApoE2/E2 pero, para su expresión clínica, es preciso que coexista otro proceso (diabetes, hipotiroidismo, obesidad, alcoholismo, u otra dislipemia). Tienen gran variabilidad analítica con la dieta, presentando elevaciones paralelas de CT (300-500 mg/dl - 7.8-13 mmol/l) y TG (300-800 mg/dl - 3.4-9 mmol/l). La clave diagnóstica es la relación cVLDL/TG totales aumentada (>0.28 en mg/dl o 0.65 en mmol/l). Suele aparecer después de los 20 años sin que haya historia familiar. Son frecuentes los xantomas (patognómicos los palmares estriados) y xantelasmas.

Hiperlipidemias primarias con elevado riesgo aterogénico

Cualquier alteración en los niveles de colesterol o triglicéridos debe compararse, al menos una vez, con otra determinación en un periodo de 2 a 8 semanas; en caso de que la diferencia sea superior al 25% para el colesterol o 55% para los triglicéridos se harán determinaciones sucesivas hasta obtener dos comparaciones consecutivas con diferencia inferior a la citada, utilizando entonces la cifra media para decidir. La determinación de colesterol LDL (cLDL) no suele hacerse de manera directa, se calcula mediante la fórmula de Friedewald (siempre que los triglicéridos no superen los 200 mg/dl- 2.22 mmol/l) $cLDL = \text{colesterol total} - cHDL - \text{triglicéridos} / 5$ (en mg/l) o $\text{triglicéridos} / 2.1$ (en mmol/l) En general, para mantener la fiabilidad en las determinaciones de lípidos, se recomienda estandarizar las siguientes determinaciones:

Retrasar cualquier determinación por lo menos 3 semanas tras una enfermedad leve intercurrente o modificación dietética (vacaciones, navidad, cumpleaños) ó 3 meses después de una cirugía, traumatismo o enfermedad grave, fin de un embarazo o lactancia. En los pacientes que han padecido un infarto, otros síndromes is-

quémicos agudos o cirugía de revascularización, la determinación de lípidos realizada durante las primeras 24 horas es representativa de la situación en que se encuentra el paciente. Suspender cualquier medicación no imprescindible por lo menos un mes antes de la extracción (a menos que sea un hipolipemiente y se desee comprobar su efecto). Realizar la prueba tras 12-14 h de ayuno si, además de colesterol total, van a determinarse triglicéridos y cHDL. Mantener al paciente con su dieta, estilo de vida habitual y peso estable durante las 2 semanas previas al examen sanguíneo. Evitar el ejercicio físico intenso durante las 24 horas previas a él. El individuo debe estar sentado por lo menos 5 minutos antes de la extracción de sangre. La extracción de sangre se realizará, de manera cuidadosa, siempre en la misma postura (sentado) y evitando la estasis venosa prolongada (1 minuto como máximo). Para las determinaciones de colesterol y triglicéridos, las muestras de suero o plasma pueden conservarse a 4°C si su procesamiento no se va a retrasar más de 4 días (si se usa plasma deben corregirse los valores multiplicando por 1.03). Utilizar técnicas enzimáticas automatizadas que minimicen la imprecisión e inexactitud a un máximo del 3% (que eviten el uso de reactivos enérgicos como los requeridos en la determinación química y la interferencia con otros constituyentes sanguíneos), en laboratorios que realicen controles de calidad internos y externos.